

THÈSES

No 1.

PUBLIQUEMENT SOUTENUES

DEVANT

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

Le Janvier 1838;

PAR

FÉLIX-FRÉDÉRIC CHAUVET,

DE NOYERS (Basses-Alpes),

Membre correspondant de la Société chirurgicale d'Émulation de Montpellier,

ex-Chirurgien externe à l'Hôtel-Dieu de la même Ville, etc.;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE Me Ve AVIGNON, RUE ARC-D'ARÈNES, 1.

1838.

FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER.

DOYEN, Monsieur CAIZERGUES.

Chaires.	*Professeurs :* MM.
Clinique médicale	CAIZERGUES DOYEN, *Président.* BROUSSONNET.
Physiologie	LORDAT, *Suppl.*
Botanique	DELILE, *Exam.*
Clinique chirurgicale	LALLEMAND.
Chimie	DUPORTAL.
Anatomie	DUBRUEIL.
Pathologie chirurgicale	DUGÈS.
Accouchemens et Clinique respective	DELMAS.
Thérapeutique et Matière médicale	GOLFIN.
Hygiène	RIBES.
Pathologie médicale	RECH.
Clinique chirurgicale	SERRE.
Chimie générale et Toxicologie	BÉRARD.
Médecine légale	RENÉ.
Pathologie et Thérapeutique générales	D'AMADOR.

Professeur honoraire, M. DE CANDOLLE.

Agrégés en exercice.

VIGUIER.
KÜHNHOLTZ, *Suppl.*
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ, *Exam.*
BOURQUENOD.
FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ, *Exam.*
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

N° 5.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Comment reconnaître le brôme mélangé avec la matière des vomissements ou avec les excréments ?

Il faudrait pour cela recourir au procédé indiqué par M. Barthez dans sa thèse inaugurale (Paris, août 1828), et sanctionné par l'autorité de M. Orfila.

Voici en quoi consiste ce procédé :

On traite les matières par la potasse à l'alcool jusqu'à saturation du brôme et des acides libres qui y sont contenus, on fait évaporer ensuite jusqu'à siccité. Ce produit est placé dans un creuset et soumis à l'action du feu à l'effet de détruire toutes les parties organiques.

Ce résidu obtenu est traité par une petite quantité d'eau distillée.

Cette dissolution doit contenir du bromure de potassium.

Voici à quels signes on reconnaît la présence de ce sel :

Le nitrate d'argent y produit un précipité jaune cailleboté; soluble dans l'ammoniaque, insoluble dans l'acide nitrique.

Si on y fait passer du chlore gazeux en petites parties, il communique au liquide une couleur jaune orangée, qui augmente par la présence de l'amidon.

Un peu d'éther versé et agité légèrement sur cette liqueur ainsi colorée par l'action du chlore, s'empare de la matière colorante, et vient nager à la surface du liquide décoloré.

Quelques gouttes de potasse détruisent cette couleur jaune orangée. La potasse s'empare du brôme pour former du bromure de potassium, lequel par la cristallisation et la calcination passe à l'état solide en affectant la forme cubique.

On reconnaît que le produit est un bromure, en le faisant fondre dans un tube de verre avec un peu de bisulfate de potasse ; il se dégage de l'acide sulfureux et du brôme, et la couleur rougeâtre de ce dernier le fait facilement reconnaître.

Si on le dissout dans l'eau, on distingue ce bromure par les réactifs sus-mentionnés, c'est-à-dire, qu'il donne un précipité jaune par les dissolutions acides d'argent, que le chlore en isole le brôme, lequel est enlevé par l'éther qui prend alors la couleur orange.

N° 416.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Quelle est la disposition des ligaments qui unissent l'occipital à l'atlas et à la 2me vertèbre ?

Je parlerai d'abord des ligaments qui se portent de l'occipital à l'atlas. Il sera question ensuite de ceux qui vont du premier de ces os à l'axis.

LIGAMENTS OCCIPITO-ATLOIDIENS.

D'abord, je dois mentionner la capsule synoviale qui se trouve entre chacune des deux articulations formées par la réception des condyles de l'occipital dans les cavités articulaires correspondantes de l'atlas ; capsule qui a plus d'ampleur antérieurement et postérieurement que sur les côtés, et qui est fortifiée antérieurement surtout, par des lames celluleuses et des fibres qui se portent de l'occipital à la vertèbre. Ces articulations sont protégées par des ligaments antérieurs et des ligaments postérieurs.

Ligaments antérieurs. — On trouve à l'extérieur et à la partie antérieure, des trousseaux ligamenteux irréguliers qui se portent d'un pourtour d'une surface articulaire à l'autre. On voit ensuite, après avoir enlevé une petite quantité de tissu cellulaire filamenteux, un ligament désigné sous le nom de cervical ou occipito-atloïdien antérieur. Ce ligament

est situé sur la ligne médiane; c'est un faisceau longitudinal, qui d'une part s'attache à l'occipital, et de l'autre au tubercule antérieur de l'arc de la première vertèbre. Ce ligament est étroit et épais; derrière lui se trouve une couche membraneuse, plus celluleuse que fibreuse, qui, s'attachant en haut à la partie antérieure du trou occipital, et en bas au bord supérieur de l'arc antérieur de l'atlas, occupe l'espace compris entre les surfaces articulaires et se continue de côté et d'autre avec la capsule. Plusieurs anatomistes confondent ces deux ligaments en un seul, et le divisent en couche superficielle et couche profonde.

Ligaments postérieurs. — Les précédents sont placés à l'arc antérieur de la vertèbre, et se portent aux parties correspondantes de l'occipital. Les ligaments postérieurs sont placés à la partie postérieure du trou occipital et vont à l'arc postérieur de la vertèbre. On voit dans cette région le ligament occipito-atloïdien postérieur, il est plus large que l'antérieur, il unit la partie postérieure du trou de l'occipital à l'arc postérieur de l'atlas. Il se compose de deux lames, l'interne ou antérieure va se confondre avec la dure-mère vertébrale et ne se voit bien que dans l'intérieur du canal vertébral. Ce ligament est d'un tissu serré et composé de fibres dont la plupart sont longitudinales. La lame externe ou postérieure seule s'insère au bord supérieur de l'arc postérieur, les parties latérales de ces deux lames forment avec les échancrures supérieures de la vertèbre, deux trous dans lesquels passent les artères vertébrales et les nerfs sous-occipitaux.

LIGAMENTS OCCIPITO-AXOÏDIENS.

L'articulation de l'occipital avec la deuxième vertèbre se fait d'une manière médiate à l'aide de trois ligaments, dont un a reçu le nom d'occipito-axoïdien, et les deux autres sont appelés odontoïdiens.

Le premier large, aplati, formé par un trousseau de fibres qui naissant de la surface basilaire, recouvrent l'apophyse odontoïde, et vont, les unes se fixer à la partie supérieure du ligament transverse, les autres à la face postérieure de l'axis; beaucoup de fibres, et ce sont les plus superficielles, vont aussi se confondre avec l'extrémité supérieure du ligament vertébral commun postérieur.

Le ligament occipito-axoïdien enlevé, on découvre très bien les ligaments odontoïdiens, ceux-ci sont courts et épais; ils représentent deux cônes dont l'extrémité inférieure plus étroite embrasse le côté et le haut de l'apophyse odontoïde, ils se dirigent ensuite obliquement en dehors et en haut, et ils vont, par leur extrémité la plus large, s'attacher dans des fossettes creusées à la partie interne des condyles de l'occipital.

Il est bon de noter que dans les environs du trou occipital, la dure-mère adhère assez intimement aux ligaments avec lesquels elle se trouve en rapport.

N° 1046.

SCIENCES CHIRURGICALES.

A quels accidents donnent lieu les adhérences dans les hernies? Comment les reconnaît-on?

Ces accidents sont : 1° La difficulté de la réduction, ou son impossibilité; 2° L'engouement; 3° L'étranglement, et les conséquences de ces trois états.

1° *Difficulté dans la réduction ou irréductibilité.* — Dans la plupart des cas le sac herniaire ayant contracté des adhérences avec les parties qui lui sont extérieures, il en résulte que s'il est lui-même uni assez fortement aux organes qui forment la hernie, celle-ci sera irréductible. Ceci arrive pour les hernies anciennes, surtout quand elles sont épiploïques, pour celles qui ont été mal comprimées, contuses, irritées, enflammées. L'irréductibilité n'est pas toujours complète, alors une portion de l'organe hernié, celle qui est libre, rentre facilement, mais le reste ne peut se réduire, c'est là que se trouvent les adhérences.

Pour que cette irréductibilité ait lieu, il faut, d'une part, adhésion suffisante du sac par rapport à l'organe sorti, et de l'autre, adhésion du sac aux tissus au milieu desquels il est plongé. Mais les adhérences peuvent exister seulement entre les parois du sac, et l'intestin rester libre de toute union anormale. Alors il y a des brides dont le siége, la direction, la forme, l'étendue, la longueur varient beaucoup. Il en résulte des espèces de ponts, des loges, etc., où se glisse

et s'entortille l'intestin ou l'épiploon. Ceci n'empêche pas absolument la réduction de se faire; mais cette réduction est plus difficile, et exige des manœuvres qui diffèrent suivant les cas.

On conçoit aussi que si les adhérences qui unissent l'organe hernié au sac sont molles, récentes, faciles à déchirer, peu étendues, elles pourront céder aux tractions que nécessité le taxis, et la réduction sera encore possible.

Si l'état libre de la surface extérieure du sac permet la réduction de ce dernier, on conçoit la possibilité de la réduction totale quelles que soient les adhérences intérieures. Mais, si celles-ci ont donné lieu à l'étranglement, le succès du taxis ne remedie à rien.

2° *Engouement.* — Tout ce qui peut amener une accumulation de matières dans l'intestin, portée au point que leur circulation y soit impossible, doit occasionner l'engouement. Or les adhérences empêchant le libre jeu des anses intestinales engagées, doivent provoquer quelquefois un effet semblable. D'ailleurs des brides incapables de produire l'étranglement peuvent comprimer suffisamment l'intestin pour que le cours des matières soit fortement gêné, surtout si ces matières arrivent en abondance, et si des corps étrangers s'opposent à leur écoulement. De là l'engouement.

3° *Étranglement.* — La hernie peut s'étrangler par l'effet d'un engouement qui aura augmenté outre mesure le volume de l'intestin, et si ce sont des adhérences qui ont provoqué l'engouement, elles ne seront pas étrangères à l'étranglement. Mais l'étranglement peut être produit par des adhérences sans engouement préalable. En effet l'instestin ou l'épiploon s'engagent quelquefois violemment entre des brides, ou bien par suite de leur tuméfaction, ils deviennent trop volumineux pour une ouverture où d'abord ils passaient librement.

Dans l'entéro-épiplocèle, l'adhérence de l'épiploon roulé comme une corde, peut être l'instrument de l'étranglement. Tantôt c'est une bride se portant d'une paroi du sac à l'autre; tantôt la bride tient d'un côté au sac et de l'autre à l'intestin. Du reste, ainsi que je l'ai dit, les adhérences présentent une foule de variétés qu'il est bien difficile de prévoir d'avance.

La présence des adhérences gêne quelquefois dans la pratique de l'opération que l'étranglement a nécessitée.

Quand elles sont molles, lâches, peu étendues, on les déchire, on les coupe, et la réduction s'opère alors aisément, mais quand elles sont serrées, étendues, nombreuses, il faut se décider à laisser dehors la partie adhérente. Si la hernie n'est pas volumineuse il ne faut pas annoncer qu'elle est absolument irréductible, car on a vu dans ces cas la réduction se faire peu à peu, et avec le temps, à l'aide d'un bandage à pelotte concave.

Dans quelques circonstances l'adhésion du sac à l'intestin est tellement intime qu'en incisant le premier on pénètre inévitablement dans le second. Il est rare pourtant que les adhérences soient portées au point de produire une cause semblable d'erreur.

Les adhérences à l'ouverture de l'anneau, par où s'est formée la hernie, empêchent quelquefois de pratiquer le débridement dans le lieu et la direction convenables; mais en faisant dans une autre sens des incisions courtes et multiples, on peut, en procédant avec précaution, donner assez d'aise aux parties pour que l'étranglement n'existe plus.

Quand l'adhésion se trouve ancienne et forte sur tout le contour du col du sac et de l'intestin, il arrive qu'il est impossible, sans s'exposer à perforer ce dernier, d'introduire la sonde cannelée entre le viscère et le sac; alors il faut suivre le précepte d'Arnaud, et inciser l'intestin près du siége de l'étranglement et au dessous. On débride ensuite de dedans en dehors, en introduisant le bistouri dans la cavité, bien entendu qu'il ne faut pas pousser l'incision trop avant, car, si elle dépasse les adhérences on pénètre dans le péritoine.

Comment reconnait-on les adhérences?

Un moyen sûr de les reconnaître serait d'ouvrir la tumeur; mais cette opération ne doit se faire que lorsqu'on y est autorisé par les accidents graves de l'étranglement.

On peut aussi diagnostiquer sûrement des adhérences, lorsque dans la hernie inguinale congénitale, par exemple, le testicule remonte

vers l'anneau avec la tumeur, lors de la réduction. L'adhésion a lieu visiblement alors entre cet organe et la partie herniée.

Quand dans une hernie inguinale le scrotum suit un pareil mouvement d'ascension, on doit diagnostiquer des adhérences qui dans ce cas continuent jusqu'au tégument. Ceci arrive principalement pour les hernies qui ont récidivé après une première opération.

Du reste, il n'est pas toujours aisé de reconnaître l'existence des adhérences, car les accidents dont j'ai parlé sont loin de pouvoir être causés uniquement par elles.

On les soupçonne avec quelque apparence de raison dans une hernie ancienne irréductible en totalité ou en partie. Néanmoins, il ne faut pas oublier, ainsi que je l'ai dit plus haut, que l'adhésion des parties n'entraîne pas toujours leur irréductibilité.

Toutes choses égales d'ailleurs l'épiplocèle est plus souvent le siége d'adhérences que l'entérocèle.

J'en dis autant des hernies sans sac, telles que les hernies de la vessie, du cœcum, etc.

Le commémoratif met aussi sur la voie du diagnostic ; ainsi une hernie qui aura été tourmentée, enflammée, sera plutôt qu'une autre adhérente aux tissus environnants.

N° 1692.

SCIENCES MÉDICALES.

DE L'ANGINE TRACHÉALE.

Anginæ gravissimæ quidem sunt, et celerrimè interimunt quœcumque neque in faucibus, neque in cervice quidquam conspicuum faciunt, plurimum vero dolorem exhibent et orthopnœam.

HIPP. *Præn. coaques*. Liv. II chap. XV, Sentence première.

Pendant long-temps toute difficulté d'avaler ou de respirer due à une cause placée aux parties supérieures des voies respiratoires ou du tube digestif, portait le nom d'Angine; maintenant on donne à ce mot un sens plus précis.

Pour les modernes, en effet, l'inflammation des parties que je viens de désigner est une angine.

D'après cette définition l'inflammation de la trachée constituera l'angine trachéale, elle est décrite dans les livres récemment publiés sous le nom de *trachéite*.

Bien qu'il y ait toujours de l'inflammation dans l'angine trachéale comme dans toute espèce d'angine, il ne faut pas croire que ce phénomène soit le seul à considérer dans ce genre de maladie. Dans plusieurs cas il faut admettre autre chose qu'un état purement phlegmasique.

Ce sera, si l'on veut, une phlegmasie modifiée par la présence d'un autre élément morbide, ou bien une inflammation spéciale différant par ses causes, ses symptômes, son pronostic, son traitement, des inflammations ordinaires.

L'angine trachéale existe rarement seule, elle précède ou suit les autres espèces d'angines, l'angine laryngée surtout. Elle se comporte aussi de la même manière par rapport à la bronchite.

Ceci explique pourquoi elle n'est pas mentionnée dans beaucoup d'auteurs qui la confondent avec les affections angineuses du larynx ou des bronches.

Elle est décrite par Sauvages sous le nom d'esquinancie trachéale; Cullen lui a conservé le même nom. C'est pour P. Frank une variété de l'esquinancie. Sous le nom d'Angine trachéale, Pinel décrit à la fois l'inflammation des bords de la glotte, du larynx, de la trachée, et des premières divisions des bronches.

L'angine trachéale diffère suivant les tendances spéciales de l'inflammation qu'elle présente. Lorsque celle-ci se développe et se termine à la façon d'une bronchite ordinaire, c'est la trachéite simple.

D'autres fois elle est caractérisée par la production de fausses membranes, par des infiltrations séreuses, la sécrétion du pus, ou d'une quantité surabondante de mucosités. Alors elle constitue de graves maladies qui ont reçu pour la plupart des noms particuliers et qui sont habituellement décrites avec l'angine laryngée.

Suivant sa marche elle est aiguë ou chronique, la première se présente rarement à l'état d'isolement, la seconde est moins rare et elle est par conséquent plus connue.

Pour ce qui regarde l'angine trachéale aiguë, je ne décrirai que la variété qui a reçu le nom d'erythémateuse ou angine trachéale simple. Les autres se confondent dans l'histoire de l'angine laryngée et de la bronchite.

Causes. — Les causes prédisposantes sont une sensibilité particulière de la trachée à s'affecter, sensibilité qui se remarque dans certaines familles et dans quelques individus; un exercice violent et prolongé des organes de la respiration.

Elle est provoquée ordinairement par le refroidissement subit de tout le corps ou du cou en particulier, on la contracte aisément pendant le régne des épidémies catarrhales, la grippe par exemple, quand le temps est froid et humide et qu'il présente des transitions brusques d'une température à l'autre.

Les corps étrangers introduits dans la trachée, l'inflammation des parties voisines, etc. etc., sont encore des causes puissantes de trachéite.

Symptômes. — Le début est le même que dans les maladies catarrhales, c'est-à-dire, qu'il y a des frissonnements entremêles de bouffées de chaleur, puis une douleur, une gêne, s'établissant fixément au-dessous du larynx; la respiration est difficile, la toux est aigre et sèche surtout au commencement, la voix est rauque, l'aphonie ne survient que lorsque le larynx est malade.

La fièvre et les symptômes généraux peuvent être faibles ou trés marqués : cela dépend 1° de l'intensité, de l'étendue de l'inflammation; 2° de la sensibilité du sujet; 3° du rôle que la trachéite joue par rapport à la fièvre, laquelle peut être idiopathique, et présenter des caractères très variés.

La durée de l'angine trachéale aiguë est de neuf à quinze jours, quand la terminaison arrive par la mort, celle-ci a lieu souvent dans les premiers jours.

Traces cadavériques. — Rougeur, injection, ramollissement de la muqueuse, gonflement des parties. Dans certains cas, (Andral) l'inflammation a été très violente, et elle disparaît rapidement après la mort, sans laisser aucune trace de son existence.

Pronostic. — L'angine trachéale est une maladie grave, surtout quand elle attaque un enfant en bas âge, cependant elle peut guérir aisément quand l'inflammation est simple, légère et peu étendue.

Quand les choses ne se passent pas ainsi, on a à craindre la suffocation par suite du gonflement des parties, de l'abondance des mucosités, de la présence des fausses membranes. La respiration petite, fréquente, sublime, avec angoisses et pouls vite et vacillant, annonce le plus grand danger.